PROPOSITIONS

N° 214.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 6 août 1833, *pour obtenir le grade de Docteur en mdecine;*

PAR ANTOINE-BASILE-FRÉDÉRIC RIOUZAL, né à Sexcles,

Département de la Corrèze.

Qu'est l'observation si l'on ignore
où est le siége du mal ? BICHAT.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	.....
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, Président.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, Suppléant.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD.
	CHOMEL.
	ROSTAN.
Clinique chirurgicale	BOYER, Examinateur.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon, Suppléant.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné), Examinateur.
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau, Examinateur.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR

DES PÈRES.

A LA PLUS TENDRE

DES MÈRES.

Vous avez fait pour moi tant de sacrifices! vous m'avez donné tant de marques de votre vive affection et de votre tendre sollicitude!

AGRÉEZ CE FAIBLE TRIBUT DE LA PIÉTÉ FILIALE.

A.-B.-FRÉDÉRIC RIOUZAL.

AVANT-PROPOS.

C'est avec regret que j'ai renoncé à traiter un sujet important qui avait fixé mon attention d'une manière spéciale.

Envoyé par la Faculté de médecine dans les départemens de la Marne et de Seine-et-Marne, pendant l'épidémie cholérique de 1832, j'avais pu recueillir un grand nombre de faits sur ce fléau dévastateur, pensant en faire le sujet de ma dissertation inaugurale; mais le choléra-morbus, naguère palpitant d'intérêt par les discussions et les nombreux essais auxquels il avait donné lieu, est aujourd'hui un sujet usé par le nombre infini de publications qu'il a fournies.

Aussi, il m'a paru plus convenable de présenter, pour ma dernière épreuve, quelques propositions, comme le résumé de quelques-unes des opinions que j'ai dû naturellement me faire au lit du malade, en interrogeant la nature. Ces inductions générales ayant surtout été puisées dans la pratique des médecins et des chirurgiens célèbres des hôpitaux, j'aurais pu les étayer d'un certain nombre d'observations; mais

j'ai été obligé de me renfermer dans des limites assez étroites.

Malgré les bornes que je me suis tracées, j'ai cru devoir laisser une grande part pour la partie chirurgicale. La chirurgie est en effet un moyen de l'art très-brillant dans ses résultats. Troisième et dernière branche de la thérapeutique, elle en est le complément nécessaire; et celui-là, a dit M. le baron *Richerand*, n'est pas complètement médecin, qui demeure inhabile à la pratique ainsi qu'à la connaissance des opérations chirurgicales.

PROPOSITIONS

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PROPOSITIONS DE MÉDECINE.

I.

La médecine a participé au mouvement général des esprits auquel, depuis la fin du siècle, les sciences doivent de si remarquables accroissemens. Dans tous les genres de recherches, l'esprit d'analyse, d'observation et d'expérience a remplacé de nos jours les spéculations hypothétiques du cabinet. Cette direction dans les études médicales, due à l'École de Paris, a puissamment contribué aux progrès réels de la science. Les travaux importans de *Bichat*, de *Chaussier*, de *Portal*, de *Corvisart*, de *Laennec*, ont porté de grandes lumières dans les branches fondamentales de l'art. Enfin, jusque dans ces derniers temps, les connaissances profondes de l'anatomie pathologique nous ont révélé tant de lésions d'organes dont on avait jusqu'ici méconnu la souffrance; le flambeau de la physiologie peut éclairer aujourd'hui d'une manière si satisfaisante les divers phénomènes de l'organisme vivant dans l'état de santé et dans l'état de maladie; la belle découverte de la percussion et de l'auscultation, due au génie d'*Avenbrug-*

ger, en Allemagne, et de *Laennec*, en France, est venue nous fournir un si précieux moyen d'exploration dans l'examen des organes contenus dans les deux grandes cavités splanchniques, que la pratique médicale a acquis de nos jours un degré de sévérité qu'elle n'avait jamais connu.

II.

La pneumonie peut parcourir les trois degrés d'engouement, d'induration et d'hépatisation purulente, sans se traduire au dehors par aucun trouble fonctionnel appréciable.

L'expectoration reste quelquefois *catarrhale ;* la dispnée, la toux, manquent souvent, et peuvent d'ailleurs appartenir à une affection du cœur, de la plèvre ou des bronches : aussi, avant la découverte d'*Avenbrugger*, les maladies de poitrine devaient, comme le trouvait *Baglivi*, présenter une grande obscurité dans leur diagnostic. Elles ont en effet presque toutes des symptômes semblables. Je ne crains pas, a dit *Laennec*, d'être désavoué par les médecins qui ont fait, pendant un certain temps, des ouvertures de cadavres, en avançant qu'avant la méthode de l'auscultation et de la percussion, la moitié des pneumonies et des pleurésies aiguës, presque toutes les pleurésies chroniques, devaient nécessairement être méconnues. Beaucoup d'affections de poitrine, que l'on regarde comme de simples catarrhes avec fièvre, doivent être rangées au nombre de ces pneumonies latentes dont l'invasion, la marche et les symptômes présentent une obscurité telle, qu'elles ne peuvent être révélées que par l'auscultation : une telle méprise est toujours fâcheuse, en ce qu'elle fait négliger le moyen thérapeutique convenable. Abandonnée à elle-même, parce qu'on en ignorait la nature, et que par suite on en méconnaissait le danger, cette forme de pneumonie est souvent la source de la dégénérescence tuberculeuse et de la désorganisation mortelle du poumon.

III.

Les phlegmasies pulmonaires sont extrêmement communes chez les enfans ; et malgré l'autorité d'*Hippocrate*, qui disait en parlant de ces affections : *Hi morbi ante pubertatem non fiunt*, M. *Guersent*, médecin en chef de l'hôpital des Enfans, affirme que la moitié des malades qui succombent dans son hôpital meurent par le poumon. Dans cet établissement, la pneumonie se présente dans toutes les saisons et sous toutes les formes : tantôt c'est cette phlegmasie franche se développant sous l'influence de causes atmosphériques, caractérisée par une douleur vive de l'un des côtés de la poitrine, accompagnée de toux, de dyspnée, d'une expectoration sanguinolente, visqueuse, transparente, et d'une fièvre intense ; tantôt, au contraire, c'est cette pneumonie insidieuse que les anciens appelaient *latente*, marchant lentement, se montrant surtout à la suite de la rougeole, de la coqueluche, ou d'une simple bronchite existant depuis plus ou moins long-temps. Cette dernière attaque surtout les très-jeunes enfans ; elle n'est point caractérisée par les symptômes de la pneumonie franche, mais le stéthoscope ne permet pas de la méconnaître.

IV.

L'entérite typhoïde et toutes les affections graves qui s'accompagnent de phénomènes adynamiques, se compliquent presque toujours de phlegmasies ou de pérhémie pulmonaire, qui ajoute singulièrement au danger de la maladie. Il faut aussi avoir soin, dans le cours de ces affections, d'explorer souvent, à l'aide de l'auscultation, la poitrine du malade, parce que ces pneumonies intercurrentes ne se révèlent jamais par des symptômes appréciables, et elles entraînent inévitablement la mort du malade si elles sont méconnues ou négligées.

V.

Plusieurs faits d'anatomie pathologique démontrent que le simple catarrhe pulmonaire chronique peut donner lieu à tous les symptômes rationnels de la phthisie pulmonaire. Lorsque *Cullen* a défini la phthisie une *expectoration de pus qui sort du poumon*, il a donné une définition inexacte et incomplète, puisqu'il l'a basée sur un symptôme qui n'existe pas toujours, et qui, lorsqu'il existe, ne suffit pas pour caractériser la maladie; bien qu'un individu présente de la toux, de la dyspnée, un amaigrissement considérable, une expectoration purulente, la fièvre hectique et tous les autres symptômes de la phthisie tuberculeuse, tant que le stéthoscope n'aura pas, dit M. le professeur *Andral*, constaté la présence de tubercules ou de quelque caverne dans le poumon, il ne faut pas regarder comme impossible le retour à la santé.

VI.

Quelque dangereuses que soient les affections de poitrine, elles sont cependant plus souvent curables qu'aucune autre maladie interne grave. Pour fournir une idée de leur curabilité, nous présentons des relevés statistiques receuillis dans les hôpitaux, dans le cours de cette année.

Sur 17 pneumoniques traités à l'hôpital de la Charité par M. le professeur *Bouillaud*, 16 ont guéri, 1 seul a succombé; et pour donner une connaissance succincte, mais exacte du traitement qui a été employé chez ces 17 malades, nous avons tracé un tableau synoptique du nombre des saignées générales et locales et des révulsifs qui ont été employés dans le cours de ces affections, avec la durée du traitement dans chaque cas particulier.

Nos. de la salle.	Saignées.	Ventouses scarifiées.	Sangsues.	Vésicatoires.	Durée du traitement.
1	2	»	30	1	5 jours.
2	6	1	57	1	24
5	1	»	30	»	11
6	4	2	34	1	11
9	4	2	52	»	14
10	6	2	25	1	11
13	6	1	57	1	»
13	4	4	55	1	12
16	4	2	61	1	23
id.	5	»	87	»	
21	6	2	50	1 cataplasme arrosé de 40 gout. d'huile de croton tiglium.	18
23	3	2	30	1	8
24	1	2	56	»	6
25	5	2	50	1 catapl. de croton tiglium.	8
id.	4	6	20	1	8
26	2	4	»	»	8
id.	2	4	20	»	9

Ce tableau donne pour terme moyen du traitement pour chaque pneumonie : 4 saignées, 2 ventouses, 40 sangsues, 1 vésicatoire 11 fois sur 17, et sous le point de vue de la durée du traitement 10 jours. Sur ces 17 malades, un seul succomba; c'est celui qui est porté au tableau comme ayant eu vingt-trois jours de traitement. Le traitement antiphlogistique ayant été employé chez tous avec énergie, on voit qu'on a un chiffre imposant en faveur de l'efficacité des émissions sanguines.

Si l'on compare ce chiffre de 16 guérisons sur 17 malades avec le total des pneumonies que le même professeur a traitées dans différens hôpitaux quand il était médecin du Bureau Central, on trouvera un résultat encore supérieur : sur 38 pneumoniques traités également par la méthode antiphlogistique, 36 ont guéri, 2 seulement ont succombé.

En rapprochant ces résultats des statistiques émises par les anciens

praticiens, on trouvera des différences notables et toutes en faveur de la thérapeutique des modernes.

MM. *Récamier* et *Trousseau*, médecins de l'Hôtel-Dieu, traitent toutes les pneumonies par la méthode de *Rasori*, et obtiennent de grands succès : sur 81 pneumoniques traités par les antimoniaux à haute dose, 73 ont guéri, 8 ont succombé; sur ces 8, 3 sont entrés dans un état désespéré, 5 seulement ont résisté à la médication.

De pareils succès méritent de fixer l'attention des praticiens, et doivent être regardés comme un des grands progrès de la thérapeutique.

VII.

Les fièvres dites *essentielles*, désignées dans la Nosographie philosophique de *Pinel* sous les noms de *fièvre inflammatoire*, *bilieuse*, *muqueuse*, *ataxique*, *adynamique;* les fièvres des anciens nosologistes désignées avant *Pinel*, sous les noms de *fièvre nerveuse*, *fièvre maligne*, *fièvre putride*, ne sont presque toutes que des formes ou des degrés divers d'une seule et même affection qui a été décrite par M. le professeur *Broussais* sous le nom de *gastro-entérite grave :* c'est la fièvre *entéro-mésentérique* de MM. *Petit* et *Serres*, l'*entérite folliculeuse* de M. *Bouillaud*, la *fièvre typhoïde* de MM. *Chomel* et *Louis*, la *dothinentérite* de M. *Bretonneau* de Tours.

MM. *Petit* et *Serres*, tout en regardant l'altération intestinale comme le point de départ de tous les accidens, pensent qu'un principe délétère se développe dans l'intestin malade, qu'il est absorbé, qu'il enflamme d'abord les ganglions mésentériques, et qu'ensuite il infecte la généralité des solides et des fluides.

Selon M. *Bretonneau*, de Tours, qui le premier a bien précisé le siége de l'inflammation dans le glandes de *Peyer* et de *Brunner*, cette phlegmasie est d'une nature spécifique, comme la variole.

La *dothinentérite*, dit-il, est une maladie de tout l'organisme, avec lésion spéciale de l'intestin, ou plutôt avec lésion des follicules isolés

ou agminés qui abondent dans le dernier tiers de l'iléon ; c'est une maladie accompagnée d'éruption intestinale, et non une maladie causée par cette éruption. MM. *Velpeau*, *Trousseau*, *Cruveilhier*, partagent cette opinion.

M. le professeur *Andral* avait décrit cette affection dans la première édition de la *Clinique*, sous le nom d'*exanthème intestinal ;* mais il dit dans l'avertissement de la seconde édition : « Les progrès de la science m'ont engagé à ne pas consacrer, comme dans l'édition précédente, un volume spécial aux fièvres.» M. *Andral* les a rangées, les unes parmi les phlegmasies des viscères abdominaux, les autres parmi les phlegmasies des centres nerveux.

Ainsi la doctrine de localisation des fièvres continues compte aujourd'hui dans ses rangs le savant auteur de la *Clinique médicale*.

M. *Louis* a fait dans ces derniers temps de nombreuses recherches sur cette affection ; le but principal de cet observateur a été de dissiper les doutes qui pouvaient exister encore dans quelques esprits, sur la nature et le siége des fièvres graves.

Or, de l'analyse de l'altération des viscères de 133 sujets et de celle des symptômes de près de 900 malades qui ont guéri, M. *Louis* conclut que l'affection typhoïde est une *maladie aiguë qui consiste dans une altération spéciale des plaques elliptiques de l'iléon*. Selon le même auteur, il n'y a jamais d'affection typhoïde sans cette altération des glandes de *Peyer*.

D'après M. le professeur *Chomel*, les ulcérations intestinales ne sont pas constantes chez les sujets qui ont offert des symptômes de fièvre grave : ce qui le porte à croire que les symptômes en sont ou peuvent en être indépendans. Le même professeur ajoute qu'il n'y a pas un rapport exact entre le nombre et l'étendue des ulcères et l'intensité des troubles fonctionnels, et qu'en outre des ulcères semblables existent dans la phthisie pulmonaire, dans la dysenterie chronique, et sont loin de produire les symptômes des fièvres graves ; (mais il convient cependant qu'une lésion qui se forme lentement produit d'autres effets que celle qui se développe avec rapidité). Toute-

fois la fréquence de l'ulcération de l'intestin lui paraît une circonstance remarquable, et il est porté à croire qu'il existe entre elle et les symptômes une liaison intime.

M. le professeur *Bouillaud* a contribué à donner plus de poids à la doctrine de la localisation des fièvres en posant cette doctrine sur une base large, en établissant la réalité des altérations que subissent, dans l'*entérite typhoïde*, d'une part le sang, et d'autre part les centres nerveux.

D'après ce savant professeur 1°. la fièvre angioténique, ou inflammatoire des nosologistes, doit être rapportée à l'irritation du système sanguin; 2°. les phénomènes propres de la fièvre muqueuse ou adéno-méningée et de la fièvre bilieuse, proviennent d'une phlegmasie gastro-intestinale; 3°. la forme typhoïde, adynamique et ataxique, coïncide spécialement avec la lésion des follicules agminés ou glandes de *Peyer*. Les phénomènes généraux de putridité ou d'adynamie résultent de l'action des matières putrides sur le sang, et, par suite, sur tout le système des organes.

L'affection désignée sous le nom de *typhoïde* est donc la combinaison d'une inflammation proprement dite avec l'action des matières putrides introduites dans le système sanguin, et, comme l'intestin grêle est le réservoir de matières tendant à la putréfaction, c'est aussi celui de tous les organes dont l'inflammation doit le plus facilement se compliquer de putridité.

Ce résumé succinct des opinions des principaux auteurs sur la nature et le siége des fièvres graves, démontre que la lésion des glandes de *Peyer* est véritablement le cachet anatomique de ces affections : tous s'accordent à dire qu'il n'y a pas de fièvre typhoïde sans lésion des follicules intestinaux : M. *Chomel* seulement dit avoir rencontré quelques exceptions.

Ne pouvant pas nous arrêter plus long-temps sur ce sujet, nous nous hâtons d'arriver au traitement, qui a aussi nécessairement fixé spécialement l'attention des praticiens modernes; les immortels travaux de M. *Broussais* ont imprimé une bien grande modification dans la thérapeutique : on sait quel abus on faisait des stimulans et des médica-

tions perturbatrices; on sait aussi combien était grande la mortalité parmi les malades atteints de fièvres adynamiques : la différence des résultats, d'après les nouvelles médications, est très-notable, puisqu'on obtient aujourd'hui huit ou neuf guérisons sur dix malades.

Les antiphlogistiques forment la base du traitement. M. le professeur *Broussais* est très-réservé sur les saignées générales, mais il insiste beaucoup sur les saignées locales. M. *Chomel* n'a presque jamais recours aux émissions locales ; lorsque l'état général indique les évacuations sanguines, il préfère ouvrir la veine. Quant aux chlorures, qu'on prescrit sous toutes les formes, en boissons, en bains, en lotions, en cataplasmes, en lavemens et en fumigations, quelques praticiens les administrent dès le début de la maladie ; ils n'en expliquent pas l'action : ils les donnent comme spécifique. Les médecins physiologistes n'ont recours à ce médicament que dans la deuxième ou troisième période de la maladie : on le donne comme désinfectant contre les phénomènes putrides, et même comme *cicatrisant*, lorsqu'au ballonnement du ventre, à la sensibilité de la région iliaque droite, on juge que le développement des ulcérations intestinales a lieu. On doit être porté à accorder une grande efficacité au chlorure d'oxyde de sodium pour la cicatrisation de ces ulcérations ; car l'analogie tirée des effets de cet agent sur les ulcères de la cavité buccale, du pharynx et du voile du palais, et sur toutes les plaies, en général, dans certains états, amène directement à cette induction. Quelques médecins emploient encore l'acide *carbonique* en *dissolution ;* mais ce médicament, qu'on avait décoré du nom de *spécifique*, et qui a semblé mériter d'abord les éloges qu'on lui avait donnés, est reconnu bien moins efficace que la liqueur de *Labarraque.*

On n'a pas renoncé absolument aux vésicatoires suppurans employés comme révulsifs, mais, à cause de la disposition ulcérative qui caractérise l'entérite folliculeuse, on ne doit guère employer que les vésicatoires volans ou les sinapismes, lorsque, soit pour relever les forces ou pour combattre des accidens cérébraux, on en reconnaît l'indication.

PROPOSITIONS DE CHIRURGIE.

I.

Avec de l'attention et en s'aidant des signes commémoratifs, on parviendra toujours à distinguer la hernie des tumeurs de l'aine qui peuvent présenter avec elle quelque analogie.

On distinguera la hernie inguinale de l'hydrocèle de la tunique vaginale en ce que celle-ci se forme lentement; son développement se fait de bas en haut, tandis que le contraire a lieu pour la hernie. Il y a toujours un espace sensible entre l'hydrocèle et l'anneau; elle est fluctuante, transparente (et irréductible chez l'adulte); enfin elle n'augmente pas de volume ni de densité par la toux ou par les autres efforts expiratoires.

Il est vrai que l'hydrocèle chez les très-jeunes enfans a beaucoup de ressemblance avec la hernie par sa situation, sa forme, et surtout par sa facile réductibilité; mais la transparence, qui est le signe caractéristique de l'hydrocèle, est ici très-facile à acquérir; les enveloppes du testicule étant très-minces dans le premier âge de la vie, n'en détruisent pas la diaphanéité.

II.

On reconnaîtra le sarcocèle à la dureté de la tumeur, à ses bosselures, à son poids considérable, aux douleurs lancinantes qui l'accompagnent, à l'intervalle qui reste toujours entre elle et l'anneau, et en ayant recours aux signes commémoratifs, qui sont d'une grande importance dans le diagnostic de toute affection.

III.

L'hydrocèle enkystée du cordon pourrait encore en imposer pour une hernie; mais cette hydrocèle forme une tumeur transparente, circonscrite, n'augmentant pas de volume ni de densité par la toux. Sa rentrée, quand elle est possible, ne fait pas totalement disparaître la tumeur; au lieu de s'effacer, elle soulève la paroi antérieure de l'abdomen immédiatement au-dessus de l'ouverture suspubienne.

IV.

Le varicocèle sera facilement reconnu à sa mollesse pâteuse, à ses nodosités, à son opacité, à son irréductibilité et à l'absence de toute impulsion de dedans au dehors dans les efforts de toux, la main étant appliquée sur l'ouverture inguinale.

Le varicocèle diminue bien de volume par l'impression du froid et par le coucher; mais jamais sa disparition n'est complète; assez ordinairement enfin les tégumens qui forment le scrotum sont sillonnés par des veines variqueuses et bleuâtres.

V.

Les bubons, les abcès par congestion seront reconnus, les premiers aux signes d'inflammation qu'ils offrent sans aucun symptôme d'étranglement, les seconds aux signes ultérieurs de la lésion de la colonne vertébrale, et aussi à l'absence de toute lésion des fonctions digestives.

VI.

Lorsque tout traitement interne et local employé contre l'inflammation et l'étranglement de la hernie inguinale est demeuré sans succès; lorsque, après plusieurs tentatives, l'opération du taxis n'offre

plus aucune chance de réduction, on doit procéder au débridement. La division des tégumens et du sac herniaire doit s'étendre, en bas, jusqu'à la partie la plus déclive de la tumeur, et en haut jusqu'au-dessus de la partie supérieure de l'anneau. Quant au débridement, il suffit de se représenter la position et la direction de l'artère épigastrique pour concevoir combien étaient dangereux les conseils de *Junker, Dionis, Lafaye, Pott, Sabatier,* qui voulaient qu'on débridât toujours en dehors, ainsi que ceux surtout de *Platner, Heister, Bertrandi, Mauchart, Richter,* qui recommandaient de porter le bistouri en dedans. *Sharp* avait déjà fait observer qu'en débridant directement parallèlement à la ligne blanche, on incise les parties en côtoyant l'artère, sans être jamais exposé à la diviser. *Scarpa* démontra l'un des premiers que ce procédé est également applicable aux hernies internes et externes, et ce procédé est aujourd'hui celui de tous les chirurgiens habiles de l'Europe.

VII.

La luxation du bras et la fracture du col de l'humérus ont pu quelquefois présenter des difficultés dans leur diagnostic différentiel : ainsi il est arrivé qu'on a pris la fracture pour une luxation en bas et en dedans. Voici quelques données pour éviter toute méprise :

Dans la luxation du bras, la forme arrondie de l'épaule a disparu ; le muscle deltoïde est déprimé immédiatement au-dessous de l'apophyse acromion ; on trouve dans le creux de l'aisselle une tumeur arrondie, dure, située très-haut dans cet espace ; le coude écarté du tronc ne peut en être rapproché. La luxation est très-difficile à réduire, mais très-facile à maintenir réduite.

Dans la fracture du col de l'humérus, le moignon de l'épaule conserve sa forme arrondie ; il y a impossibilité de déprimer le deltoïde immédiatement au-dessous de l'acromion ; la dépression se remarque seulement plus bas. La tumeur qu'on trouve dans le creux de l'aisselle est inégale, rugueuse, et moins élevée dans cet espace ; elle est

formée par le bout supérieur du fragment inférieur de l'os. La réduction s'opère avec une grande facilité, mais elle ne se peut maintenir réduite qu'à l'aide d'un appareil.

VIII.

La nouvelle méthode que M. *Malgaigne* a fait connaître pour la réduction de la luxation scapulo-humérale paraît préférable à l'ancienne.

Plusieurs luxations datant d'un mois et plus, et qui avaient résisté à tous les moyens de réduction, ont été réduites par M. le baron *Dupuytren* avec facilité par le procédé nouveau.

Dans les cas simples et récens il suffit, le malade étant assis, de faire la contre-extension d'une main appliquée sur l'acromion, tandis que de l'autre on tire sur le bras, le plus élevé possible, et rapproché, autant que cela se peut, de la parallèle avec l'axe du corps. Dans les cas difficiles, l'extension doit être faite par deux aides, tandis que le chirurgien, placé du côté sain du corps, suit avec la main la tête luxée, et presse dessous pour favoriser l'extension et la coaptation.

IX.

Lorsque le cancer est enveloppé dans un kyste, il donne plus rarement lieu à la diathèse cancéreuse et au dérangement de la santé.

Nous avons vu cet hiver, à l'Hôtel-Dieu, un enfant de quatre ans, d'une force peu commune à cet âge, d'un incarnat superbe, conservant tous les attributs de la santé la plus florissante, malgré qu'il portât déjà depuis un an un sarcorcèle de la grosseur du poignet : dans ce cas-ci la tunique albuginée faisait l'office de kyste. Cet enfant fut opéré avec un plein succès par M. *Dupuytren.*

ACCOUCHEMENS.

X.

Dans les positions latérales du tronc, la présence d'un bras ou des deux bras hors des parties de la mère ne s'oppose nullement à l'exécution de la manœuvre qui doit terminer l'accouchement. La manœuvre dans ces positions ne diffère d'ailleurs en rien de celles des présentations latérales ordinaires : seulement il faut, avant que d'introduire la main dans la matrice pour faire la version, avoir soin de fixer le bras de l'enfant au moyen d'un lacs, afin qu'il ne remonte pas et que dans la suite il s'applique au tronc.

XI.

Le tamponnement est un excellent moyen pour arrêter l'hémorrhagie utérine pendant la grossesse.

XII.

Le tamponnement n'a plus les mêmes avantages contre les pertes utérines qui surviennent quelquefois après l'accouchement; il n'aurait pour résultat, dans ce dernier cas, que de convertir l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne. Le seigle ergoté est alors d'un très-grand secours ; l'hémorrhagie qui survient après l'accouchement tient à l'inertie de la matrice; or, l'ergot de seigle ne manque jamais d'exciter les contractions de cet organe.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum. *Sect.* 5, *aph.* 56.

II.

Mulieri in utero gerenti, si alvus multùm fluxerit periculum ne abortiat. *Ibid.*, *aph.* 34.

III.

Mulieri in utero gerenti, tenesmus superveniens, abortire facit. *Sect.* 7, *aph.* 27.

IV.

Convulsio fit, aut à repletione, aut ab evacuatione; sic quidem singultus. *Sect.* 6, *aph.* 39.

V.

Mulieri menstrua si velis cohibere, cucurbitam quàm maximam ad mammas appone. *Sect.* 5, *aph.* 50.